

ANÁLISE DA RELAÇÃO FETO-PLACENTÁRIA EM 217 CASOS

NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA

CARMEN SCHAEGLER KARAM *

ROSAMARIA MEDEIROS *

THEREZA CRISTINA d'ÁVILA WINCKLER *

* DOUTORANDAS DA 11.ª FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-FLORIANÓPOLIS.

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1981.

AO Dr. JORGE ABI SAAD,
PELA ORIENTAÇÃO E COLABORAÇÃO
NESTE TRABALHO, NOSSOS AGRADECE
CIMENTOS.

NOSSOS AGRADECIMENTOS AOS COLE-
GAS, DOUTORANDOS DA 11.^a FASE DO
CURSO DE MEDICINA DA UFSC.

I N D I C E

	Pág.
1. RESUMO	5
2. INTRODUÇÃO	6
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	7
4. RESULTADOS	11
5. COMENTÁRIOS	28
6. CONCLUSÕES	31
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

R E S U M O

Foram analisados pesos corporais e placentários de 217 recém-nascidos na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis, Santa Catarina, durante o período de 18/03/81 a 22/05/81, correlacionando-os a fatores maternos como: paridade, idade, tabagismo, patologias, nutrição ^{materna} e acompanhamento pré-natal. A relação feto-placentária média encontrada foi de 5,19. Os pesos fetal e placentário e a relação feto-placentária aumentaram com a idade gestacional. Os pesos de recém nascidos de mães fumantes e de mães que não tiveram acompanhamento pré-natal foram menores. O peso placentário em gestantes hipertensas foi inferior ao das normotensas. Na maioria dos casos a renda *per capita* foi igual ou inferior a um salário mínimo. O maior número de gestantes concentrou-se na faixa etária de 20 a 25 anos. A baixa idade materna foi fator que contribuiu para o baixo peso de recém nascido de pré-termo e de termo. O peso de recém-nascido de termo e de pós-termo aumentou com a paridade. A forma de placenta mais encontrada foi a circular. O tipo de inserção placentária do cordão mais freqüente foi o intermediário. A maior parte dos cordões teve um comprimento que variou de 50 a 70 cm.

Foram
frequentemente
analisados
os recém-nascidos
de termo

I N T R O D U Ç Ã O

Considerando ^o feto ^{como} placenta uma unidade funcional, tem-se demonstrado interesse crescente na análise da placenta para a verificação de influências maternas nas condições do desenvolvimento fetal intra-útero.

A redução do peso placentário, tanto no homem como em animais, foi observado por vários autores. BARCROFT, conforme TRINDADE¹, sugeriu em 1947 que a função placentária poderia ser avaliada pelo seu peso, correlacionando a capacidade da placenta na transferência de nutrientes e oxigênio, fato este que explicaria a relação entre o peso placentário e fetal. Atualmente, sabe-se que o grau de transferência de vários elementos difusíveis não é função apenas do seu tamanho, embora a importância deste parâmetro para a avaliação do crescimento fetal ainda prevaleça.

SCHAEFFER, conforme LITTLE², descreveu em 1898, aumento da relação feto-placentária com o decorrer da gestação. Em 1925, ADAIR e THELANDER, citados por LITTLE², revisaram a literatura e notaram que a maioria dos autores observou variação do peso placentário com o peso fetal, enquanto outros não notaram tal correlação.

Muitos trabalhos têm sido feitos para relacionar peso placentário e relação feto-placentária em diferentes idades gestacionais, mas os resultados variaram consideravelmente dependendo dos métodos usados no manejo das placentas.

Procuramos no presente trabalho verificar a relação entre os pesos placentários e pesos de recém-nascidos, comparando suas variações em função de fatores maternos, como paridade, idade, tabagismo, patologias, nutrição e cuidados no período pré-natal.

C A S U Í S T I C A E M É T O D O S

Foram analisados 217 recém-nascidos e placentas , frutos de prenhez simples, ocorridos na Maternidade Carmela Dutra, no período de 18 de março de 1981 a 22 de maio de 1981.

Foi elaborado um protocolo com os seguintes dados: nome, idade, pressão arterial, peso, dados importantes do exame físico, número de gestações, número de partos, data da última menstruação, data provável do parto da paciente. A parturiente foi indagada sobre a realização de pré-natal, ocorrências e medicações utilizadas neste período, sorologia para Lues, tipagem sanguínea, tabagismo (número de cigarros por dia), alcoolismo (dose por dia), condição sócio-econômica. Constatou ainda do protocolo, data e tipo de parto: sexo, peso e índice de apgar no primeiro minuto do recém-nascido; forma, peso e alterações da placenta; comprimento e inserção do cordão umbilical; relação feto-placentária e avaliação da idade gestacional.

Consideramos como pré-natal realizado, um mínimo de quatro consultas durante a gestação.

A condição sócio-econômica foi avaliada pela renda *per capita*, tendo esta sido obtida através da divisão da renda familiar pelo número de pessoas dependentes da mesma. Foi considerada, como um salário mínimo, a renda de seis mil cruzeiros.

As placentas foram acondicionadas em sacos plásticos e pesadas logo após o parto, em balança tipo "pesa-bebê", incluindo sangue das vilosidades, membranas e cordão, sendo este seccionado a aproximadamente 10 cm da parede abdominal do recém-nascido.

As placentas foram agrupadas quanto à forma e à inserção do cordão umbilical, de acordo com a classificação adotada por RESENDE ³.

A relação feto-placentária foi obtida a partir da divisão do peso do recém-nascido (em gramas) pelo peso placentário (em gramas).

A idade gestacional foi determinada através de semanas de amenorréia a partir do primeiro dia do último período menstrual, quando a data era informada com certeza. Nos casos em que havia dúvida e, quando possível, foi utilizada a idade gestacional determinada pelo método de USHER.

Os recém-nascidos foram classificados de acordo com a idade gestacional em três grupos: recém nascido de pré-termo, idade gestacional menor ou igual a 37 semanas; recém-nascido de termo, idade gestacional entre 38 a 42 semanas e recém nascido de pós-termo, idade gestacional maior que 42 semanas.

P R O T O C O L O

NOME:

IDADE:

DATA DA INTERNAÇÃO:

Nº REGISTRO:

P.A.:

PESO:

Exame Físico:

GESTA:

PARA:

DUM:

DPP :

Prē-natal: Sim ()

Não ()

Exames de Prē-natal: VDRL

TIPAGEM SANGUÍNEA

Ocorrências do prē-natal e medicação utilizada:

Fumo: Sim () Não () Nº Cig/dia:

Alcool : Sim () Não () Dose/dia:

Cond. Sôcio econômica:

Renda:

Nº de pessoas:

Parto: Data:

Tipo: Normal ()

forceps ()

cesárea ()

indicação: ()

RN: Masc () Fem ()
peso: Apgar:

Placenta: forma:

cordão:

peso:

alterações:

Relação feto-placentária:

Avaliação da IG por USHER:

R E S U L T A D O S

Analizando^o peso do recém-nascido,^o peso de placenta e relação feto-placentária, após aplicar média simples, observamos que estas variáveis aumentaram com o transcorrer da gestação (TABELA I).

A relação feto-placentária média foi de 5,19.

A relação feto-placentária aumentou progressivamente de acordo com a idade gestacional no grupo de recém-nascidos de mães não fumantes. No grupo das mães fumantes houve aumento na relação feto-placentária dos recém-nascidos de termo em relação aos de pré-termo. No grupo dos recém-nascidos de pós-termo houve diminuição da relação feto-placentária em comparação com a dos recém-nascidos de termo, sendo que, no grupo de mães fumantes de mais de 10 cigarros, a queda foi mais acentuada (TABELA II).

Com relação à influência do fumo sobre o peso dos conceptos, notamos que os recém-nascidos de termo e de pós-termo de mães fumantes apresentaram peso menor que os de mães não fumantes. Enquanto que nos recém-nascidos de pré-termo houve diminuição do peso, apenas quando a mãe era fumante de mais de 10 cigarros por dia (TABELA III).

Das 209 gestantes analisadas com dados completos, verificamos que 65,55% fizeram acompanhamento pré-natal, enquanto que 34,45% não o fizeram; sendo que, a relação feto-placentária aumentou em ambos os casos, de acordo com a idade gestacional. Observamos, no entanto, um aumento maior dos recém-nascidos de pré-termo em relação aos de termo, nas pacientes que fizeram pré-natal. Com referência ao peso dos recém-nascidos, verificamos um decréscimo naqueles cujas mães não tiveram assistência pré-natal, mais acentuado nos de pós-termo (TABELA IV).

Notamos que, quanto à paridade, houve aumento na relação feto-placentária para todos os grupos de idade gestacional, independente do número de partos anteriores. Entre as primíparas, a relação feto-placentária teve pequeno aumento de acordo com a idade gestacional, enquanto que nas secundíparas e multíparas, o aumento foi maior. A relação feto-placentária dos recém-nascidos de pré-termo foi maior nas primíparas; nos recém-nascidos de termo e de pós-termo foi maior nas multíparas. (TABELA V).

O peso dos recém-nascidos de termo e de pós-termo aumentou com a paridade. Tal achado não foi visto nos de pré-termo, onde o peso foi maior nos recém-nascidos de mães primíparas. (TABELA VII)

O maior número das gestantes (40,9%) concentrou-se na faixa etária de 20 a 25 anos. Não foi verificada influência da idade materna nas variações da relação feto-placentária (TABELA VII).

Observamos que os recém-nascidos de pré-termo e de termo apresentaram menor peso, em mães cuja idade variou de 15 a 20 anos. (TABELA VIII).

A renda *per capita* foi igual ou inferior a um salário mínimo, em 132 (71,35%) dos casos com dados completos. (TABELA IX).

A análise dos dados de gestantes hipertensas revelou o aumento progressivo do peso médio placentário com o aumento da idade gestacional, porém, foi inferior ao encontrado nas mães normotensas. A relação feto-placentária aumentou com a idade gestacional até os recém-nascidos de termo e diminuiu para os de pós-termo. (TABELA X e XI).

Placenta com forma circular foi muito mais freqüente (88,02%), sendo seguida pelas formas ovalar (6,46%) e sucenturiada (1,84%). (TABELA XII).

A maior parte dos cordões umbilicais teve um comprimento que variou de 50 a 70 cm (64,03%), sendo que 40,88%, variou de 50 a 60 cm. Dos 217 casos estudados, 17 apresentaram circular de cordão (7,83%), ocorrendo em maior número, com o comprimento de cordão de 60 cm (8 casos). (TABELA XIII).

A inserção intermediária do cordão foi vista em 45,89% dos casos, sendo seguida da central (38,92%), periférica (8,21%) e marginal (6,98%). (TABELA XIV).

T A B E L A I

VALORES MÉDIOS DO PESO DOS RECÊM-NASCIDOS,
PESO DAS PLACENTAS E DA RELAÇÃO FETO-PLA-
CENTÁRIA DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL:

IDADE GESTACIONAL	Nº CASOS	PESO MÉDIO DOS RECÊM-NASCIDOS(g)	PESO MÉDIO DAS PLACENTAS(g)	RELAÇÃO FETO- PLACENTÁRIA MÉDIA
Pré-Termo	18	2728,8	606,94	4,59
Termo	168	3224,6	618,12	5,40
Pós-Termo	24	3481,2	641,25	5,48

- Foram excluídos sete (7) pacientes por apresentarem dados incompletos.

T A B E L A I I

ANÁLISE DA RELAÇÃO FETO-PLACENTÁRIA EM
FUNÇÃO DO TABAGISMO MATERNO

FUMO IDADE GESTA- CIONAL	NÃO FUMANTES		FUMANTES			
			ATÉ 10 CIGARROS AO DIA		ACIMA DE 10 CIGARROS AO DIA	
	Nº	RFP	Nº	RFP	Nº	RFP
Pré-Termo	8	3,90	8	5,31	2	4,48
Termo	119	5,33	25	5,58	23	5,34
Pós-Termo	17	5,72	3	5,32	4	4,60

- Foram excluídos oito (8) parturientes por não apresentarem dados completos.

T A B E L A I I I

ANÁLISE DO PESO DO RECÉM-NASCIDO EM FUNÇÃO AO
TABAGISMO MATERNO.

FUMO IDADE GESTA- CIONAL	NÃO FUMANTES		FUMANTES			
			ATÉ 10 CIGARROS/DIA		ACIMA DE 10 CIGARROS/DIA	
	Nº CASOS	PESO DO RECÉM- NASCIDO (g)	Nº CASOS	PESO DO RECÉM- NASCIDO (g)	Nº CASOS	PESO DO RECÉM- NASCIDO (g)
Pré- Termo	8	2.387,5	8	3.017,5	2	2.015,0
Termo	119	3.334,5	25	2.961,6	23	3.057,3
Pós-Termo	17	3.590,5	3	3.190,0	4	3.235,0

- Foram excluídos oito (8) gestantes por apresentarem dados incompletos.

T A B E L A I V

VERIFICAÇÃO DA INFLUÊNCIA DO PRÉ-NATAL NA
 RELAÇÃO FETO-PLACENTÁRIA E PESO DO RECEM-
 NASCIDO.

PRÉ-NATAL IDADE GESTACIONAL	SIM				NAO			
	Nº CASOS	%	RFP	PESO DO RECEM- -NASCIDO (g)	Nº CASOS	%	RFP	PESO DO RECEM- -NASCIDO (g)
Pré-Termo	13	6,22	4,34	2.782,3	5	2,39	5,23	2.590,0
Termo	107	51,20	5,46	3.258,6	61	29,19	5,31	3.225,5
Pós-Termo	17	8,13	5,78	3.635,8	6	2,87	5,52	3.090,0
T O T A L	137	65,55			72	34,45		

- Foram excluídas oito (8) pacientes por não apresentarem dados completos.

T A B E L A V

OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO FETO-PLACENTÁRIA
DE ACORDO COM A PARIDADE NAS DIVERSAS
IDADES GESTACIONAIS.

PARIDADE IDADE GESTACIONAL	PRIMÍPARA		SECUNDÍPARA		MULTÍPARA	
	Nº	RFP	Nº	RFP	Nº	RFP
Pré-Termo	8	5,04	4	3,53	6 ²	4,70
Termo	67	5,37	34	5,26	67	5,52
Pós-Termo	9	5,45 λ	5	5,39 λ	10	5,55 λ

- Foram excluídos sete (7) por apresentarem dados incompletos.

LEGENDA - RFP=Relação feto-placentária.

T A B E L A V I

ANÁLISE DO PESO DO RECÊM-NASCIDO DE ACORDO
COM A PARIDADE.

hade

PARIDADE IDADE GESTACIONAL	PRIMÍPARA		SECUNDÍPARA		MULTÍPARA	
	Nº	PESO RECÊM- -NASCIDO (g)	Nº	PESO RECÊM- -NASCIDO(g)	Nº	PESO RECÊM- -NASCIDO (g)
Pré- Termo	8	2.890,0	4	2.462,5	6	2.691,6
Termo	67	3.132,3	34	3.252,9	67	3.377,1
Pós-Termo	9	3.428,8	5	3.498,0	10	3.520,0

- Foram excluídos sete (7) pacientes por apresentarem dados incompletos.

T A B E L A V I I

DISTRIBUIÇÃO DA RELAÇÃO FETO-PLACENTÁRIA CON
FORME A IDADE MATERNA.

IDADE GESTA CIONAL IDADE MATERNA	PRÉ-TERMO		TERMO		PÓS-TERMO		TOTAL
	Nº	RFP	Nº	RFP	Nº	RFP	
10 — 15	-	-	1	5,62	-	-	1
15 — 20	3	3,84	37	5,30	2	5,39	42
20 — 25	10	5,15	67	5,53	9	5,22	86
25 — 30	2	4,77	35	5,29	6	5,72	43
30 — 35	1	5,50	20	5,44	6	5,44	27
35 —	2	4,77	8	5,44	1	6,75	11
T O T A L	18		168		24		210

- Foram excluídos sete (7) parturientes por apresentarem dados incompletos.

LEGENDA - RFP= Relação feto-placentária.

T A B E L A VIII

DISTRIBUIÇÃO DO PESO DO RECÊM-NASCIDO DE
ACORDO COM A IDADE MATERNA.

IDADE GESTACIONAL IDADE MATERNA	PRÉ-TERMO		TERMO		PÓS-TERMO		TOTAL
	Nº	PESO RECÊM-NASCIDO (g)	Nº	PESO RECÊM-NASCIDO(g)	Nº	PESO RECÊM-NASCIDO(g)	
10 — 15	-	-	1	3.770,0	-	-	1
15 — 20	3	2.300,0	37	3.124,5	2	3.580,0	42
20 — 25	10	2.851,0	67	3.296,4	9	3.358,8	86
25 — 30	2	2.430,0	35	3.242,5	6	3.366,6	43
30 — 35	1	2.860,0	20	3.250,0	6	3.775,0	27
35 —	2	2.995,0	8	3.436,2	1	3.310,0	11
T O T A L	18		168		24		210

- Foram excluídos sete (7) pacientes por apresentarem dados incompletos.

T A B E L A IX

DISTRIBUIÇÃO DO PESO DOS RECÉM-NASCIDOS
DE ACORDO COM A RENDA PER CAPITA. *note*

IDADE GESTACIONAL PER CAPITA (Cr\$)	PRÉ-TERMO		TERMO		PÓS-TERMO		TOTAL
	Nº CASOS	PESO DO RECÉM NASCIDO (g)	Nº CASOS	PESO DO RECÉM NASCIDO (g)	Nº CASOS	PESO DO RECÉM NASCIDO (g)	
até 3000	8	2.733,2	61	3.286,1	7	3.286,6	76
3000 — 6000	4	3.125,1	48	3.195,3	4	3.517,3	56
6000 — 9000	2	2.655,4	20	3.210,2	4	3.345,1	25
9000 — 12.000	2	2.290,3	10	3.087,7	4	3.345,4	16
12.000 —	1	3.060,5	9	3.546,2	2	3.630,7	12
TOTAL	17		148		20		185

- Foram excluídos trinta e dois (32) pacientes por não apresentarem dados completos.

T A B E L A X

DISTRIBUIÇÃO DO PESO DO RECÊM-NASCIDO, PESO
DA PLACENTA E RELAÇÃO FETO-PLACENTÁRIA, DE
ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL NAS PACIENTES
NORMOTENSAS

IDADE GESTACIONAL	Nº CASOS	PESO MÉDIO DOS RE CÊM-NASCIDOS (g)	PESO MÉDIO DAS PLACENTAS (g)	RELAÇÃO FETO PLACENTÁRIA
Pré-Termo	16	2.670,0	610,3	4,46
Termo	159	3.215,5	613,8	5,38
Pós-Termo	20	3.493,0	647,0	5,45

- Foram excluídos sete (7) pacientes por apresentarem dados incompletos.

T A B E L A X I

DISTRIBUIÇÃO DO PESO DO RECÊM-NASCIDO, PESO DA PLACENTA E RELAÇÃO FETO-PLACENTÁRIA, DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL NAS PACIENTES HIPERTENSAS.

IDADE GESTACIONAL	Nº CASOS	PESO MÉDIO RECÊM-NASCIDO (g)	PESO MÉDIO DA PLACENTA (g)	RELAÇÃO FETO-PLACENTÁRIA
Pré-Termo	2	3.200,00	580	5,61
Termo	9	3.446,6	592,2	5,88
Pós-Termo	4	3.422,5	612,5	5,65

T A B E L A X I I

FREQUÊNCIA DAS FORMAS DA PLACENTA NOS CASOS
ESTUDADOS

FORMA PLACENTÁRIA	Nº DE CASOS	%
Circular	191	88,02
Ovalar	14	6,46
Sucenturiada	4	1,84
Membranosa	3	1,38
Bilobada	1	0,46
Circunvalada	1	0,46
Reniforme	1	0,46
Treviforme	1	0,46
Triangular	1	0,46
T O T A L	217	100

Amni

T A B E L A X I I I

DISTRIBUIÇÃO DO COMPRIMENTO DO CORDÃO NOS
CASOS ESTUDADOS.

COMPRIMENTO DO CORDÃO (cm)	Nº	PERCENTAGEM
20 — 30	3	1,48
30 — 40	15	7,39
40 — 50	33	16,26
50 — 60	83	40,88
60 — 70	47	23,15
70 —	22	10,84
T O T A L	203	100,00

- Foram excluídos quatorze (14) pacientes por apresentarem dados incompletos.

T A B E L A XIV

FREQUÊNCIA DO LOCAL DE INSERÇÃO DO CORDÃO
UMBILICAL.

TIPO DE INSERÇÃO DO CORDÃO	Nº DE CASOS	PERCENTAGEM
Intermediário	95	45,89
Central	79	38,92
Periférico	17	8,21
Marginal	16	6,98
T O T A L	207	100,00

- Foram excluídos dez (10) pacientes por apresentarem dados incompletos.

C O M E N T Á R I O S

Observamos aumento do peso dos recém-nascidos e da placenta de acordo com a idade gestacional, concordando com os dados da literatura^{2, 4, 5, 6}. É sabido que o peso placentário aumenta até a 36.^a semana por multiplicação celular, a partir da qual o crescimento se faz por aumento do tamanho celular. TRINDADE e COL.¹ verificaram que o peso da placenta aumenta com a idade gestacional até a 36.^a semana, após a qual notaram que não havia correlação nos recém-nascidos de peso adequado para a idade gestacional.

A relação feto-placentária obtida pela divisão do peso fetal pelo peso placentário acresce com o aumento da idade gestacional, sendo o acréscimo mais lento no 3º trimestre^{2, 5}. Em nossos achados houve aumento da relação feto - placentária com a idade gestacional, coincidindo com o citado. Na maioria dos relatos a relação feto-placentária é maior do que a por nós encontrada^{4, 6, 7, 8}.

Nos casos em que as mães fizeram acompanhamento pré-natal, o peso dos recém-nascidos foi maior, traduzindo a importância de sua realização, salientada na literatura^{9, 10}. Com referência à realização ou não de acompanhamento pré-natal, notamos que não houve influência na variação da relação feto-placentária.

O tabagismo materno é causa de diminuição do peso de nascimento, sendo os autores unânimes em afirmar que há uma baixa do peso fetal de aproximadamente 200 g em mães que têm o hábito de fumar durante a gestação^{8, 10, 11, 12, 13, 14}. Tais afirmações foram confirmadas pelos nossos achados em recém-nascidos de termo e de pós-termo; no entanto em recém-nascidos de pré-termo o peso foi menor apenas quando a mãe era fumante de mais de 10 cigarros por dia.

KARN e PENROSE, citados por RAMOS⁸, concluíram que o peso fetal aumenta com a paridade e diminui com o aumento de idade. É também descrito que o maior número de recém-nascidos de baixo peso ocorre em primíparas^{7, 9}. Na presente série, houve aumento do peso dos recém-nascidos com a paridade nos de termo e de pós-termo, contrastando com os de pré-termo, em que o peso foi maior em recém-nascidos de mães primíparas.

O maior número de gestações na faixa etária de 20 a 25 anos (40,9%) concorda com a referida na literatura^{7, 15}. Com frequência, baixo peso de recém-nascido é visto entre as mães jovens^{9, 15}, coincidindo com os nossos resultados.

PITKINS, conforme relata ALBUQUERQUE¹², afirma que a saúde futura do ser humano dependeria, em grande parte, das bases nutritivas existentes durante sua evolução intra-uterina.. As classes menos favorecidas têm filhos de menor peso e frequentemente prematuros. Em nosso estudo notamos que renda *per capita* foi igual ou inferior a um salário mínimo na maioria dos casos (71,35%).

Admitê-se que a deficiência nutritiva da mãe precisa ser muito grave para que o recém-nascido seja afetado de maneira importante⁸. Nos casos estudados, a variação do peso do recém-nascido não foi proporcional ao aumento da renda *per capita*, tendo havido muitas oscilações.

O peso das placentas de gestantes portadoras de hipertensão arterial sistêmica leve foi menor do que o das normotensas, porém tal dado tem valor relativo devido ao pequeno número de casos obtidos (15 casos - 6,91%).

A placenta tem sido descrita como órgão discoidal, circular ou ovalar. Na realidade, sua forma é extremamente variável^{3, 6}. Em nossas observações foram catalogadas as seguintes: circular: (88,02%); ovalar: (6,46%); sucentúria

da: (1,84%); membranosa: (1,38%); triangular: (0,46%); reniforme (0,46%); treviforme: (0,46%); bilobada: (0,46%) e circunvalada: (0,46%).

É assinalada, nos cordões longos, a maior incidência de prolapsos, nós e circulares. A brevidade de cordão é causa de apresentações anômalas, falta de progressão, anóxia do feto, roturas do cordão, deslocamento prematuro de placenta e, no secundamento, inversão do útero. O comprimento médio dos cordões citado na literatura é 59 cm, sendo que 80% entre 41 e 70 centímetros³, o que se assemelha aos nossos resultados. Quanto à inserção placentária dos cordões, é referido que 31% são centrais, 47% intermediários e 19% periféricos³, aproximando-se aos dados obtidos.

C O N C L U S Õ E S

1 - As mães fumantes tiveram recém - nasci dos de menor peso.

2 - O peso dos recém-nascidos foi maior nos casos em que as mães tiveram assistência pré-natal.

3 - Mães na faixa etária de 15 a 20 anos apresentaram recém-nascidos de termo e de pré-termo de menor peso.

4 - O aumento da paridade foi acompanhado pelo aumento de peso do recém - nascido de Termo e de Pós-Ter mo.

5 - Não houve influência da idade materna na relação feto-placentária.

6 - O peso médio das placentas aumentou com a idade gestacional.

7 - Em gestantes hipertensas o peso placentário foi inferior ao das normotensas.

8 - A relação feto-placentária em nosso meio (5,19) foi menor que a descrita na literatura, sendo que os valores médios nos recém-nascidos de pré-termo foi de 4,59; nos recém-nascidos de termo 5,40 e nos de pós-termo 5,48.

9 - A relação feto-placentária aumentou progressivamente de acordo com a idade gestacional no grupo de mães não fumantes.

10 - No grupo de recém-nascidos de pós-termo de mães fumantes houve diminuição da relação feto-placentária em relação aos recém-nascidos de termo, sendo mais acentuada a queda no grupo de mães fumantes de mais de 10 cigarros ao dia.

REFEREÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TRINDADE, C.E.P. et alii. Relação do peso de recém-nascidos e placentas. Estudo em recém-nascidos de termo, pré-termo e pós-termo, de pesos adequados, baixo e grande para a idade gestacional. J. Ped. 46 (4): 208 - 14, abril , 1979.
2. LITTLE, W.A. The significance of placental/fetal weight ratios. Am. J. Obstet. & Gynecol. 79 (1): 134 - 37, jan. , 1960.
3. BARCELLOS, J.M. & NAHOUM, J.C. Patologia da Placenta, das Membranas e do Cordão Umbilical. In: REZENDE, J. de. Obstetrícia. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1969, Cap. 43, p 889 - 919, il.
4. YOUNOSZAI, M.K. & HAWOETH, J.C. Chemical composition of the placenta in normal preterm, term, and intrauterine growth - retarded infants. Am. J. Obstet. & Gynecol. 103 (2): 262 - 71, jan. 1969.
5. MATHEUS, M. & SALA, M.A. Crescimento intra uterino. Evolução da altura fetal, peso do feto, da placenta e do índice placentário, na segunda metade da gestação. Rev. Ass. Med. Brasil. 23 (3): 88 - 90, mar, 1977.
6. NAHOUM, J.C. & BARCELLOS, J.M. Placenta - Cordão Umbilical - In: REZENDE, J. de. Obstetrícia. 2. ed. Rio de Janeiro , Guanabara Koogan, 1969, Cap. 2, p. 21 - 51, il.

7. SCOTT, K. & USHER, R. Fetal malnutrition: Its incidence, causes, and effects. Am. J. Obstet. & Gynecol. 94 (7): 1951 - 63, Apr., 1966.
8. RAMOS, J.L.A. & LEONE, Clea R. Crescimento fetal. In: ALCANTARA, Pedro de & MARCONDES, Eduardo. Pediatria básica. 6. ed. São Paulo, Sarvier, 1978. V.1, Pt. 4, Seção 1, p. 363 - 8.
9. MBISE, R.L. et alii. Factors associated with low birth weight in the population of Dar es Salaam, Tanzania. Trop. geogr. med. 31 (1): 21 - 32, mar. 1979.
10. BARROS, M. Q. & BELFORT, P. Medicina Preventiva - A. Assistência Pré-Natal. In: REZENDE, J. de. Obstetrícia. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1969, Cap. 10, p. 212 - 33, il.
11. EDWARDS, L.E. et alii. Pregnancy in the underweight woman course, outcome, and growth patterns of the infant. Am. J. Obstet. & Gynecol. 135 (3): 297 - 302, Oct. 1979.
12. ALBUQUERQUE, Maria Thereza L. de & BELFORT, Paulo. Recém-nascidos de baixo peso. J.B.M. Subsídios Médicos Científicos Scheering. Ginecologia e Obstetrícia. (Publicação Avulsa).
13. LURZKE, G. O Tabaco e a Mulher. J.B.M. (2) 17 - 20, Fev. 1973.
14. ULTRASTRUCTURE of the human placenta at term: observations on placentas from newborn children of smoking and nonsmoking mothers. Yb. Obstet. Gynecol. : 62 - 3, 1978.
15. ALEVES SAÍNOS, D. et alii. Incidence of low birth weight in a hospital of México city - SPM 20 (2): 207 - 13, mar/apr, 1978.

TCC
UFSC
TO
0243

N.Cham. TCC UFSC TO 0243

Autor: Karam, Carmem Sça

Título: Análise da relação feto-placentá



972810251

Ac. 254377

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM